LES METIERS DU TOUCHER : MORALE ET ETHIQUE

Max Claude Cappelletti

PROBLEMATIQUE.

Depuis l'antiquité et sans doute même avant, les mains servent à construire, à produire des œuvres d'art mais aussi à apaiser, réchauffer et guérir.
Des ''toucheux'' aux ''guérisseurs'', des chirurgiens aux dentistes, les métiers où le doigté est essentiel se sont diversifiés, professionnalisés et ont acquis leur lettre de noblesse.
Toucher le corps souffrant, toucher le corps de l'autre possède certes un sens pratique, nécessaire, mais aussi est chargé de mystères, d'une cohorte de réticences, de peurs et d'objections qui ne sont pas unidirectionnels du toucheur au touché mais également en miroir du touché au toucheur.

Les masseurs –kinésithérapeutes depuis 1946, date de la création de leur diplôme d'Etat, personnifient le métier des mains massantes, des mains guérisseuses .et sont en même temps les porteurs d'espoirs, mais également de potentialités dont la morale et l'éthique ne sont pas absentes.
Dans le présent travail l'auteur va essayer d'éclairer le lecteur sur les interactions nées de l'activité de soins sur les corps et les esprits, sans oublier les productions connexes.
Par exemple les rapports avec les confrères et les rapports avec l'argent et le management de leur entreprise puisque pour un grand nombre ils sont libéraux et sont soumis aux lois du marché. Les rapports avec les partenaires industriels, puisque depuis un récent décret (*Décret n°2006-415 du 6 Avril 2006 relatif au remboursement des dispositifs médicaux prescrits par les masseurs-kinésithérapeutes et modifiant l'article R 165 du code de la Sécurité sociale.)* les kinésithérapeutes peuvent prescrire un certain nombre de produits et donc être sollicités par les pressions marchandes.
Il faut donc envisager une réflexion approfondie sur l'attitude éthique d'autant que depuis un an le Conseil de l'Ordre des Kinésithérapeutes a vu officiellement le jour et qu'il faudra bien que soit édicté un code de déontologie traçant à l'avenir les devoirs moraux et éthiques qui s'imposeront à la profession.

Notre réflexion est construite sur deux parties.

La première expliquera comment nos professionnels peuvent comprendre l'éthique par un rapide rappel historique situant l'évolution de ces sciences cognitives et que nous avons appelé :

'' DIT-ON ETHIQUE OU ETHIQUES ?'' (voir cette première partie sur le site, même rubrique)

Dans une deuxième partie nous nous approcherons de la pratique kinésithérapique et singulièrement d'une branche très particulière de celle-ci : la pelvipérinéologie.

En effet, comme nous le verrons, la masso-kinésithérapie a évolué au fil du temps et les membres de cette profession ont ramifié leurs pratiques en les spécialisant. Une de ces spécialités a pour objet de traiter les dysfonctions des organes génitaux-urinaires et défécatoires. Elle s'adresse aussi bien aux jeunes femmes venant d'accoucher, qu'aux femmes et hommes ayant des troubles de la fonction urinaire mais aussi digestive avec, parfois, une connotation d'ordre sexuelle.

On comprendra aisément que cette approche très particulière couverte de tabous et de pudeurs nécessite une réflexion plus profonde, qui déborde le cadre de l'élaboration simple d'une stratégie de soins.
Nous avons appelé cette deuxième partie :

REFLEXIONS POUR UNE ETHIQUE DU CORPS

- HISTOIRE DE LA KINESITHERAPIE
  1 – Le toucher
  2- Les racines et l'évolution
  3- Les différentes orientations
  4- Ils ont ''osé'' s'occuper du bas ventre
    a) les pionniers
    b) transmission du savoir.

  5- Abord du patient.

HISTOIRE DE LA KINESITHERAPIE.

1) Le toucher.

C'est évidemment ce sens que l'on met en avant pour qualifier d'un mot le ''Masseur-Kinésithérapeute''
Mais il est réducteur, tout comme la célèbre définition de la main aristotélicienne « La main instrument des instruments ».
La main porte le projet cérébral de son propriétaire. Sans le projet point de main et donc point d'instrument..
La main est l'ultime synapse du cerveau mais à l'inverse le cerveau est l'ultime synapse de la main tant il est vrai que le corps forme un tout avec l'esprit.
La main ne sert à rien tant que les connexions synaptiques sont insuffisamment nombreuses.
Bien sûr, elle est parcourue chez le fœtus, dont les synapses ne sont pas encore fonctionnelles, par des mouvements réflexes mais décérébrés, comme la grenouille sans tête dont on pique la patte et qui la retire. Un autre exemple celui de l'oisillon dans son nid qui se cache sous sa main (aile) lorsqu'il perçoit l'occultation du soleil par un nuage. Son bagage génétique lui intime cet ordre car le code assimile cette ombre à un prédateur prêt à le dévorer. Mais là encore c'est un réflexe inné.

Pourrait-on être kinésithérapeute avec mains mais sans tête ? non ! certes non. Pourrait-on être kinésithérapeute avec tête mais sans mains ? oui dans quelques temps lorsque la technologie sera suffisamment en avance pour lui adjoindre les prothèses avec les capteurs adéquats ou lui greffer des mains de donneur.

Je ne suis pas un ingrat envers mes mains puisqu'elles me permettent de réaliser mes projets, mais, initialement je dois à mon projet, la possibilité de les animer.

Il ne s'agit pas ici de dualiser la personnalité humaine en corps-esprit (âme) comme l'ont fait les prêtres, mages et les philosophes de l'ère pré-scientifique. Nous savons depuis que les hommes ont osé ne plus croire mais se sont attachés au savoir, que le corps et l'esprit ne font qu'un.
Ce qui veut dire que l'étudiant, puis le professionnel doit être instruit du schéma qu'il devra suivre afin que ses mains deviennent les instruments de son savoir.
Le neurophysiologiste B.LIBET a travaillé sur l'ordre chronologique de la décision d'agir et du commencement de l'action lors d'expérimentations sur des sujets volontaires. Il observa de façon systématique que la décision consciente d'effectuer un mouvement correspondait à un évènement électrique dans le cerveau qui survenait 200 à 300 millisecondes après le commencement du mouvement.(B.Libet, « Unconscious Cerebral Initiative and the Role of Conscious Will in Volontary Action »*Behaviour and Brain Sciences*,8,1985,p.529-566).Ce résultat s'intègre à une conception moniste identitaire du corps et de l'esprit ,comme Spinoza l'avait affirmé. Une modification de l'un ne peut être la cause d'une modification de l'autre, précisément parce qu'ils ne sont qu'une seule et même chose (Ethique,III,prop.2). Pour plus de détails lire « *Spinoza avait raison* » du neurophysiologiste Américano-Portugais A.DAMAZIO. O.Jacob . (démonstration par la neurophysiologie d'une unité qui viendrait prouver que la main ne peut pas être seule sans projet ?)

La main est un messager:'' massages, messages'', aller retour, je donne tu donnes.

Il est absolument nécessaire que devant un corps souffrant, le soignant sache par quel bout et comment le prendre.
Son savoir devra être irréprochable .Voilà une conduite éthique des plus simples, des plus directes et des plus respectueuses du soigné.

Les kinésithérapeutes représentent devant le patient, un stock de bonne santé alors que lui se délite, alors que lui est en état de dépendance.
Revêtu pour ne pas dire drapé dans sa tunique blanche, maîtrisant le langage technique alors que pour l'autre c'est du volapuk qu'il entend.

Le soignant s'adresse à un être allongé, nu, assommé par le savoir de l'homme debout qui est tenté de commettre le délit d'éthique s'il ne partage pas sa science dans le langage adéquat.
La relation doit être équilibrée, résultante non pas d'un diagnostic imposé et abscons mais d'une négociation échangée.

Nos soins doivent fuir les paroles lénifiantes et doucereuses que l'on entend parfois dans les groupes de soins dits ''palliatifs'' même et surtout lorsque ces soins s'adressent à des enfants ou à des personnes gravement handicapées.
Nos conseils dans les cas difficiles et si le soignant n'a pas reçu la formation requise est de renoncer à prendre en charge les patients au bord du gouffre, dépressifs ou en souffrance de troubles sexuels.
Nous sommes les thérapeutes du mouvement comme la définition du mot Kinésithérapie
l'indique et devons demeurer conscients des limites de notre savoir.

Le toucher commence par la parole.
La réception du patient, le questionnement, le relevé de l'anamnèse, sa prise en charge orale autrement dit. Eventuellement, chez le bébé, avec la médiation des parents.
Les conditions de la réussite résident pour une grande part dans l'écoute et le décodage des mots.

Une de mes élèves s'exclamait, m'entendant souligner l'importance de la verbalisation :
«Mais moi, ce qui m'importe c'est la sensation, le toucher et la sensation du patient touché, le dialogue peau à peau !voilà ce qui est important », d'évidence cette élève était Aristotélicienne.
Avait-elle vu, lui faisais-je remarquer, une conversation entre sourd et muet ?
La gestuelle terriblement rapide, la gracilité aérienne des doigts, des poignets et des avants bras, mais en même temps le mimétisme des lèvres formant des mots et parfois laissant échapper des soupirs.
Les interlocuteurs ne se touchaient pas mais se comprenaient, les mots non oraux se formaient dans leurs lobes cérébraux pour s'exprimer par les doigts. Ils savaient ce qu'ils voulaient dire.
Leurs sensations, les émotions qu'ils souhaitaient faire partager, passaient du sentiment purement subjectif à une image mentale puisée dans leur cartographie mentale hiérarchisée, finalement rationalisée avec suffisamment de clarté pour l'exprimer par des gestes.

Le kinésithérapeute doit conduire sa réflexion éthique sur ce canevas : écouter – regarder -toucher- rationaliser et mesurer.

La main ne construit pas le soulagement ni la guérison, elle matérialise l'idée du protocole qui conduira au soulagement et à la guérison, elle contribue par sa sensibilité à renforcer l'idée du désordre dysfonctionnel dont souffre le patient.

Le toucher suit la parole et l'écoute, souvent simultanément pour ressentir ou essayer de ressentir ce qu'explique le patient.
Le toucher mesure, il se fait une idée, il rationalise la plainte.
Toucher n'est pas comprendre, mesurer n'est pas comprendre, mais compulsent et cataloguent le livre du corps souffrant.
L'expérience de comprendre est aussi une expérience de vie.
Patiemment le toucher (la mesure) note ce qui est dit ou non dit par le patient, afin de matérialiser une réflexion sur les dysfonctions constatées et formater un traitement.
Ensuite le toucher, oui, soulage, étire, déconnecte de la douleur, guide et accompagne un geste salvateur ou correcteur.

2- **Les racines et l'évolution ; évolution des connaissances, des instruments…**

Les soins corporels à base de massages et de mobilisations existent depuis l'aube des temps.
Il ne reste que peu de récits et de descriptions de ces techniques. Elles sont souvent assimilées à des manœuvres de reboutement, de guérisons miraculeuses par des ''toucheux'' et parfois charlatans.

Antérieurement à la création du diplôme d'état de Masseur-Kinésithérapeute (1947) il existait différents métiers issus d'une formation commune : les infirmiers hospitaliers.
Ces métiers ont organisé leur savoir vers la convergence des techniques dites de rééducation.

Les écoles de physiothérapie et notamment Germaniques ont donné naissance à deux spécialités nées de besoins spécifiques : les masseurs gymnastes médicaux et les masseurs thermaux.

Progressivement ces métiers, axés sur le mouvement et la thérapie manuelle et grâce aux avancées des connaissances en physiologie ont isolé un groupe plus homogène

L'émergence de connaissances de plus en plus pointues rapprocha la kinésithérapie de la médecine et de la recherche contemporaine.

Dans les années 1960 des précurseurs clairvoyants nous ont guidés vers des rivages inabordables sans eux. Boris DOLTO par exemple *(Le corps entre les mains*, Hermann, 1996) par la cybernétique interposée nous montrait comment le corps humain s'organisait et transcrivait en langage théorique ce que pouvaient ressentir le patient et le thérapeute.

Dés lors quelques élèves parmi les plus ouverts (ou hardis) ont ajouté au savoir transmis par les professeurs leur recherches personnelles.

Vint la réflexion patiente qui permet de mettre à l'épreuve le savoir acquis lors des cours magistraux afin de traduire l'anatomie, la physiologie en actes libérateurs et respectueux du corps soigné.

Cette curiosité a ouvert leur esprit vers d'autres personnages non médecins.

L'œil neuf alors peut comprendre des gestes, des mouvements dans l'espace, des mécanismes non académiques, et des vocabulaires qui, déconnectés des pathologies habituelles permettraient un abord du patient différent.

Abord plus proche, démarche plus fraternelle parfois. FELDENKRAIS [1],

ALEXANDER [2] ont été des chercheurs praticiens dont les techniques ont bien souvent accompagné nos traitements.

3- **Les différentes orientations**

Bientôt des groupes de kinésithérapeutes le plus souvent en équipe pluridisciplinaire contribuèrent à mettre au point des thérapies complexes et d'une utilité vitale.

La rééducation respiratoire par exemple qui de théorique exige rapidement la mise en œuvre d'instrumentations qui sont maintenant banales.

Les respirateurs automatiques, les oxymètres d'oreille, les compresseurs capteurs d'oxygène

par exemple. Tous ces appareils ont nécessité la formation des kinésithérapeutes à la compréhension puis au développement de ces aides précieuses. Je me souviens avec émotion des premières petites recharges d'oxygène sur roulettes qui ont permis à nos patients asphyxiques de redécouvrir le trottoir pour faire leur marché.

L'asthme, les bronchiolites, les cancers des poumons, la souffrance des jeunes devant la terrible mucoviscidose ont nécessité de la part des kinésithérapeutes la connaissance de ces pathologies puis l'invention des technologies nécessaires à l'aide de soins.

D'autres groupes ont développé des soins spécifiques sur des patients qui, sans eux, seraient restés confinés dans leur chambre. Les malades cardiaques ou les malades dans le grand âge.

A chaque extrême de la vie, en néonatalogie ou en gériatrie la kinésithérapie fait partie du soin médical.

Mais à chaque soin, à chaque prise en charge, la gestion pure de la technique soignante doit être accompagnée d'un habillage éthique, je ne pense pas à une camisole mais à une modération contrôlée de la communication et un échange humain avec le patient et aussi avec l'entourage de celui-ci.

Le kinésithérapeute en son cursus universitaire très serré, quatre ans avec l'année préparatoire, ne reçoit pas l'enseignement qui conviendrait à son futur statut. Il est en conséquence obligé de poursuivre sa formation en post-universitaire, ce qui n'est pas toujours un gage de qualité.

4-**Ils ont ‘'osé'' s'occuper du bas ventre**

a) Les pionniers

C'est dans les années 1950 qu'un gynécologue Américain Arnold KEGEL propose le premier des exercices physiques spécifiques des muscles du périnée.

Les exercices de Kegel sont la base historique de la rééducation périnéale. C'est un auto-entraînement de la musculature périnéale.

Bien que les exercices de Kegel autorisent une grande diversité dans leur exécution et qu'ils n'intéressent que l'activité musculaire concentrique (raccourcissement), ils sont positifs en terme de gains, par rapport au groupe témoin n'ayant pas bénéficié des exercices.

Il s'agit, selon ce médecin, de prévenir et de soigner les troubles liés à l'incontinence urinaire et aux dysfonctionnements sexuels..

L'idée d'introduire l'électrostimulation périnéale est plus ancienne puisqu'au XIX e siècle Duchenne de Boulogne envisageait la stimulation électrique des muscles du plancher pelvien pour traiter l'incontinence urinaire.

Le traitement de l'incontinence urinaire par électrostimulation fut initialement proposée par OSBORNE HUFFMAN et SOKAL en 1952 (Arch Phys Méd Réhabil 33 :674, 1954)

En France le pionnier en rééducation pelvi-périnéale est incontestablement Alain BOURCIER [3].

C'est en 1977 qu'à la suite d'un voyage outre-Atlantique il a jeté les bases de la rééducation telle qu'elle est pratiquée dans notre pays.

Alain BOURCIER, au contact d'équipes médicales aux USA, (UCLA Colombia) se familiarisa avec l'idée de la mécanique périnéale et notamment des synergies.

Les manuels nous avaient appris que la musculature périnéale était synergique des adducteurs, rotateurs internes et fessiers. Les rééducateurs travaillaient en conséquence avec un ballon entre les genoux (technique décrite par LAPIERRE).

En réalité l'élévateur de l'anus est synergique des abducteurs et rotateurs externes le contraire de ce que nous pratiquions.

La preuve par les électromyogrammes est facile à mettre en évidence.

Fort de ce nouveau savoir Alain BOURCIER envisagea une nouvelle façon de travailler les muscles périnéaux respectueuse de la physiologie de ces derniers.

A la même époque une équipe slovène PLEVNIK [4] et surtout suédoise Magnus FALL[5]ont décrit des types de courants électriques inhibiteurs vésicaux au cours d'expérimentations sur l'animal et l'humain. Ces courants sont adaptés à la physiologie périnéo-sphinctérienne.

BOURCIER associa à la rééducation manuelle sur le principe respectant les synergies une électro-stimulation intra-vaginale. Il fit construire par son père Robert le premier stimulateur électrique du plancher périnéal. Il existait d'autres stimulateurs : GAMBRO et VAGICON par exemple mais leur prix était prohibitif. (Les sondes intra cavitaires ne sont remboursées par les Caisses d'Assurance Maladie que depuis quelques années).

Un autre pionnier kinésithérapeute Jean Pierre DENTZ [6] rencontra Alain BOURCIER à l'hôpital BOUCICAUT et participa au long chemin de la construction d'une stratégie rééducative efficace.

Il faut se souvenir que ces techniques étaient totalement illégales pour un kinésithérapeute.

Les Kinésithérapeutes n'avaient pas de compétence pour le toucher vaginal et encore moins pour pratiquer les stimulations électriques intra-cavitaires.

Ca n'est qu'en 1985 (décret du 2 Août EVIN) sous l'impulsion d'Alain BOURCIER et surtout des Professeurs PIGNE, PERRIGOT et LERICHE équipe du Pr. BARRAT et particulièrement de son interne Alain PIGNE que ces techniques furent adjointes à leur compétence.

b-**La transmission du savoir**

Certains kinésithérapeutes se sont intéressés à la technique et des formations ont vu le jour.

Vinrent les premiers cours de formation post-universitaire organisés à Saint Etienne par A.BOURCIER, le Pr Pierre MINAIRE médecin physique et Alain PIGNE.

Cette formation, le CRUG fut la première formation officielle pour les kinésithérapeutes. Ultérieurement les sages-femmes rejoignirent cet enseignement et obtinrent leur décret de compétence en 1997.

Sous l'impulsion des professionnels rééducateurs le champ des compétences s'élargit aux enfants et aux hommes dont les interventions sur la prostate engendrent assez fréquemment des troubles de la continence

Certains de ces confrères faisant partie d'équipes hospitalières pratiquant les bilans urodynamiques et rectomanométriques ont acquis une connaissance approfondie des mécanismes des fonctions urinaires et défécatoires.

Cet acquis est transmis à leurs élèves par des cours post-universitaires. D'autre part la proximité avec d'autres spécialistes, chirurgicaux, colo-proctologues,et concepteurs de matériel bio-médical a permis la mise au point d'outils et de protocoles spécifiques à la profession. A.MAMBERTI-DIAS [7] MC.CAPPELLETTI [8] Cette émergence d'un savoir particulier est illustrée par des conventions d'expérimentations avec des laboratoires pharmaceutiques ou des fabricants de matériel.

Enfin, réunis en associations ou en groupes scientifiques ces kinésithérapeutes rééducateurs organisent congrès, publications, colloques et alimentent des sites internet accessibles aux professionnels et au public, notamment le site www.journees-perineologie.com

La rééducation urogynécologique terme qui depuis s'est transformé pour prendre en compte l'étendue de la compétence est devenue : la rééducation pelvi-périnéale.

Comme nous l'avons vu elle fait partie des compétences des kinésithérapeutes depuis 1985 et elle est enseignée dans les écoles de formations initiales (IFMK).

Le programme comprend 30 heures de stage pratique hospitalier dans le module 8. Généralement de 8 à 12 heures de cours magistraux sont effectués et certaines IFMK organisent des stages pratiques supplémentaires

On considère que 6000 de nos confrères ont été formés à cette technique.

Peu d'entre eux pratiquent quotidiennement en raison de l'investissement important en matériel et en frais de mise à jour des connaissances.

Nous disposons d'un carnet d'adresses d'environ 900 confrères et consœurs qui pratiqueraient de façon majoritaire ou suffisante la rééducation pélvi-périnéale.

5-**Abord du patient**.

L'étudiant de 3éme année qui avec une certaine appréhension assiste pour la première fois à un cours de pratique avec modèle fait connaissance avec cette troublante spécialité.

La patiente qui vient pour une séance de rééducation après son premier accouchement est surprise lorsque le thérapeute lui demande gentiment de laisser son survêtement dans la cabine de déshabillage.

L'Etre humain ne montre pas ordinairement son corps, et quand il le fait c'est tantôt avec crainte, avec pudeur ou dans l'intention de fasciner.

-*Il est honteux de devoir se montrer comme une outre vide qui serait seulement gonflée par l'esprit*, disait Ludwig WITTGENSTEIN.

Nous devons par conséquent, faire prendre conscience à notre patient que son problème urinaire ou fécal ou simplement fonctionnel n'a rien de honteux et que la réparation de l'un améliorera son sentiment de l'autre.

La morale et l'éthique sont en permanence un souci majeur dans notre pratique.

Nos collègues ont vite compris qu'il était de la plus haute importance d'engager une réflexion sur le sujet [9] -[10]. D'autres se sont penchés sur l'intérêt des sciences sociales pour ouvrir nos esprits et insérer nos actions dans une optique plus générale [11].

Mais que seraient les réflexions sans une théorisation et une organisation précise de la prise en charge des patients ? L'éthique et les incidences sociologiques, le respect des règles impérieuses d'hygiène [12] doivent s'inscrire dans un code déontologique qui reste à formuler.

C'est une profession jeune (1985) et sa maturité dépend de la capacité des professionnels à mettre en place ce type de contrat.

Références :

[1] M.FELDENKRAIS (1904-1984) : *l'Evidence en question*. Méta production 1981
Le cas DORIS : Hachette Päris 1978.
[2] F.M.ALEXANDER (1869-1986) *La méthode Alexander, Principes et pratiques* ed.Dangle 1997
[3]A.BOURCIER(1989)- *Le plancher pelvien.*Vigot et *Dysfonction du plancher pelvien* Elsevier 2 tomes 2005
[4]S.PLEVNIK et al : (1986) –Short-term electrical stimulation :home treatment for urinary *incontinence.*World J Urology 4:24chort
[5]M. FALL(1977)- *Electrostimulation cure urinary incontinence* ? Jurol 15:65
[6]J.P DENTZ (1989)- *Le plancher pelvien.*Vigot
[7]A.MAMBERTI-DIAS, G.PHILIPPE, MC.CAPPELLETTI, G.DE BISSCHOP (1999) Rééducation du plancher pelvien. *Conduite pratique de la rééducation périnéale.124p* Sugar.Ed
[8]MC.CAPPELLETTI. (1996) Méthodologie de l'essai de reproductibilité des outils de la rééducation périnéale. *Nos Outils*. www.journees-perineologie.com.
[9] H.COLANGELI-HAGEGE (2006/2007) Pudeur, dignité et rééducation périnéale et Autonomie et intimité.*Ethique*. *Habiter son corps.* Master de philosophie pratique Université de Marne la Vallée(2007)
[10] L.POUMARAT. (2006) L'éthique et l'enfant *Ethique*. www.journees-perineologie.com.
[11] J.Y.CAZADEPAX (2007) De l'intérêt des Sciences Sociales et Les Sciences humaines et sociales et la formation des professionnels de santé. *Sciences Sociales* **.** www.journees-perineologie.com**.**
[12]S.GALLIAC-ALANBARI (2005 réédition 2008) *Rééducation féminine, mode d'emploi* R.Jauze et *Hygiène dans la pratique du rééducateur en pelvi*-périnéologie www.journees-perineologie.com.

Pour clore le tryptique consacré ‘’AUX METIERS DU TOUCHER, morale et éthique’’
Nous prévoyons prochainement la mise sur le site du dernier volet :

LA MORALE ET L’ETHIQUE

1° Le kinésithérapeute et l’argent, gestion du cabinet, gestion du temps,

a) L’accès aux soins
b) Le respect des règles d’hygiène
c) La valorisation des connaissances

2°) Pour une déontologie professionnelle
Conseils aux membres de l’ordre.

……../……